

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Nursing care in a patient with hysterectomy for cervical cancer.

Cuidados de enfermería en paciente con histerectomía por cáncer de cérvix.

Deny Corvera-Carhuapuma¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales-García¹.

¹Unidad de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Citar como: Corvera-Carhuapuma D, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing care in a patient with hysterectomy for cervical cancer. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:215.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer continues to be the leading cause of death worldwide for many women, this type of cancer does not start suddenly, but has a previous evolution from precursor or precancerous lesions, the diagnosis is made in advanced stages of the disease, decreasing or canceling the chances of curative treatment. It is expected that by the year 2032 there will be 21.4 million new patients dealing with this disease in the world. **Objective:** To develop specialized and individualized comprehensive nursing care in patients with cervical cancer, based on scientific evidence recommendations and interventions. We present the assessment of a post-operative hysterectomy patient for cervical cancer where the nursing care process is applied. **Methodology:** A clinical case study, a 44-year-old patient was selected for convenience, applying the methodology of the nursing care process, the assessment was made through the 11 functional patterns of Marjory Gordon, the data were obtained from the clinical history, interview and physical examination of the patient. The main human responses are identified to analyze objective and subjective data, clinical judgments are made to implement care plans under the NANDA, NOC, NIC taxonomy. **Results:** 7 altered patterns were identified; considering as main diagnosis: acute pain and risk of complication; hemorrhage. Nursing care plans were implemented according to the Area model. A change score of +1 and +2 was obtained, which subsequently improved with nursing care. **Conclusions:** after the surgical procedure; According to the altered patterns, the nursing care process was carried out, observing improvement in the altered patterns, however, the patient remained hospitalized to continue with the specialized therapeutic plans, this implies that the gynecological-obstetric service must have professionals in nursing specialized in this area.

Keywords: Patient, cervical cancer, nursing care, abdominal hysterectomy, risk of bleeding

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cérvix continúa siendo la principal causa de muerte a nivel mundial de muchas mujeres, este tipo de cáncer no se inicia de repente, sino que tiene toda una evolución previa a partir de lesiones precursoras o precancerosas, el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, disminuyendo o anulando las probabilidades de tratamiento. Se prevé que para el año 2032 en el mundo existirá 21.4 millones de nuevos pacientes lidiando con esta enfermedad. **Objetivo:** Desarrollar cuidados integrales de enfermería especializados e individualizados en pacientes con cáncer de cérvix, basadas en recomendaciones e intervenciones de evidencia científica. Presentamos la valoración a paciente post-operada de histerectomía por cáncer de cérvix donde se aplica el proceso de atención de enfermería. **Metodología:** Estudio de caso clínico, se seleccionó una paciente por conveniencia de 44 años de edad, aplicando la metodología del proceso de atención de enfermería, la valoración se realizó a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, los datos los obtuvimos de la historia clínica, la entrevista y el examen físico a la paciente. Se identifican las principales respuestas humanas para analizar datos objetivos y subjetivos, se hacen juicios clínicos para implementar planes de cuidados bajo la taxonomía NANDA, NOC, NIC. **Resultados:** Se identificaron 7 patrones alterados; considerando como diagnóstico principal: dolor agudo y riesgo de complicación; hemorragia. Se implementaron planes de cuidados de enfermería según el modelo Área. Se obtuvo una puntuación de cambio de +1 y +2, que posteriormente fueron mejorando con los cuidados de enfermería. **Conclusiones:** posterior al procedimiento quirúrgico; de acuerdo a los patrones alterados se realizó el proceso de atención de enfermería observando mejoría en los patrones alterados, sin embargo, la paciente se mantuvo hospitalizada y siguiendo con los planes terapéuticos especializados, esto implica que el servicio de gineco-obstetricia debe contar con profesionales en enfermería especializados en dicha área.

Palabras clave: Paciente, cáncer de cérvix, cuidados de enfermería, histerectomía abdominal, riesgo de hemorragia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix afecta el útero, estos cambios condicionan anomalías que dan lugar a una neoplasia cervical, invadiendo tejidos y órganos. La forma de detectar la aparición de esta patología, es a través de la prueba del Papanicolaou, si hay cambios anormales se puede prevenir a tiempo (Marth, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud, (2020). El cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar a nivel mundial. debido a que se han presentado 570,000 nuevos casos, que representan el 7,5% de mortandad. siendo un caso resaltante la cifra que se presenta 311,000 casos de muertes por año, en países subdesarrollados. Se han realizado diversos programas de prevención para niñas sobre el VPH. y para mujeres adultas se sometan a las pruebas de papanicolau en países desarrollados, en cambio en los países subdesarrollados no cuentan con la accesibilidad de información sobre promoción y prevención de la salud sobre el cáncer de cérvix, donde la tasa de mortandad es mayor.

A su vez la Organización Panamericana de la Salud OPS, (2018). Se detectó que alrededor de 72.000 féminas fueron detectadas con cáncer cervical y 34.000 murieron por esta patología en latinoamérica, alrededor del 90 % de las muertes por esta patología sucedieron en los países subdesarrollados. Por otro lado, si no se realiza alguna promoción y prevención la tasa de mortandad seguirá aumentado en un 45% hasta 2030.

desde el punto de vista de Minsa, (2017). menciona que en el Perú se da el fallecimiento de mujeres cada cinco horas por esta enfermedad, siendo esta la tercera causa de mortandad. Esta patología es el más notificado con un 24.1%, de este total el 14.9% representa las patologías malignas, es esencial

continuar efectuando las medidas de promoción, prevención y tratamiento, las personas deben de tomar las medidas necesarias para prevenir dicha enfermedad, ya que son las únicas responsables en evitar padecer dicha patología.

El presente estudio tiene como propósito exponer el cáncer de cérvix, los posibles factores de riesgo y causa que la pueda provocar, así como el tratamiento y los cuidados específicos. La detección oportuna y el tratamiento asertivo constituye en gran medida un elemento importante para mantener la calidad de vida de la mujer y el tiempo posterior a la enfermedad. Tras el diagnóstico de una patología de carácter crónico como lo es el cáncer de cérvix una mujer está frente a un evento que afecta su salud de forma progresiva. La histerectomía se convierte en el fin de la enfermedad cuando se detecta en etapas tardías, considerándose como tratamiento de elección de estos casos, sin embargo, debido a los cambios potenciales que se pueden presentar, se pueden generar dolor agudo y riesgo de hemorragia como consecuencia de una herida quirúrgica reciente. Por ello el profesional de enfermería debe poseer competencias que le permitan proporcionar atención integral, humana y oportuna, procurando la prevención de hemorragia mediante técnicas y procedimientos que eviten esta y otros eventos.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, en el que se ha elegido un caso de estudio para dar conocer desde un punto de vista bio-psico-socio-espiritual la importancia del abordaje enfermero en paciente con histerectomía por cáncer de cérvix, considerando que enfermería es el primer contacto que tienen las pacientes después de recibir el diagnóstico médico además de que se comparten con ellas situaciones difíciles y de confidencialidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería en mujeres con histerectomía por cáncer de cérvix.

Objetivos Específicos

Estudiar el cáncer de cérvix, sus factores de riesgo, complicaciones y tratamiento.

Comprender la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de hemorragia tras una histerectomía por cáncer de cérvix.

Exponer el rol de enfermería en la atención del dolor agudo en paciente con histerectomía por cáncer de cérvix.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado en una paciente con histerectomía por cáncer de cérvix utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC y el manual de problemas de colaboración de Linda Carpenito.

MARCO TEÓRICO

Cáncer de cérvix

Según Marth et al. (2017). Define al cáncer de cérvix, como un problema que afecta el útero, estos cambios condicionan anomalías que dan lugar a una neoplasia cervical, invadiendo tejidos y órganos. Para detectar esta patología, se realiza el examen del Papanicolaou, y prevenir consecuencias fatales.

Epidemiología

El cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar a nivel mundial. debido a que se han presentado 570,000 nuevos casos, que representan el 7,5% de mortandad. siendo un caso resaltante la cifra que se presenta 311,000 casos de muertes por año, en países subdesarrollados. Se han realizado diversos programas de prevención para niñas sobre el VPH. y para mujeres adultas se sometían a las pruebas de Papanicolaou en

países desarrollados, en cambio en los países subdesarrollados no cuentan con la accesibilidad de información sobre promoción y prevención de la salud sobre el cáncer de cérvix, donde la tasa de mortalidad es mayor (OMS, 2020). A su vez Sánchez, (2020). Menciona la tasa de incidencia de mayor porcentaje se da en Latinoamérica, en el África como el sudeste asiático. Se da un 85% y 90% de fallecimiento en mujeres de los países subdesarrollados. En el Perú fallecen las mujeres cada cinco horas por esta enfermedad, siendo esta la tercera causa de mortalidad. Esta patología es el más notificado con un 24.1%, de este total el 14.9% representa las patologías malignas, es esencial continuar efectuando las medidas de promoción, prevención y tratamiento, las personas deben de tomar las medidas necesarias para prevenir dicha enfermedad, ya que son las únicas responsables en evitar padecer dicha patología.

Signos y síntomas

En su fase inicial, el cáncer de cérvix no muestra sintomatología, pero si en su fase avanzada las cuales tenemos: hemorragia vaginal anormal entre ciclos menstruales, dolor pélvico, secreción vaginal y dispareunia (Marth et al. 2017).

Medios de diagnósticos

Prueba de papanicolaou: es el procedimiento principal donde se va a identificar anormalidades en el cuello uterino.

Colposcopia: se efectúa cuando el examen de Papanicolaou sale positivo o de encontrarse sospecha clínica. accede a visualizar con gran magnitud a detalle la morfología de las lesiones del cérvix, inmediatamente se toma una muestra para biopsias.

Biopsia: se toma una porción pequeña del cuello uterino para confirmar el diagnóstico (Sánchez, 2020).

Etiología

El cáncer de cérvix se da como consecuencia de una infección genital por el VPH, que es un agente cancerígeno, frecuentemente las mujeres se contagian con el virus del papiloma humano al iniciar su actividad sexual. La mayor parte de las infecciones se solucionan naturalmente a los 6 meses y hasta los 24 meses (Minsa, 2017).

Fisiopatología

Mayormente las infecciones por el virus del papiloma humano se solucionan inesperadamente, no obstante, algunas persistirán y lograrán desarrollar a células cancerígenas. Algunos tipos de virus de papiloma humano pueden persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son los causantes del 70% de cánceres cérvix. Los grupos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y son causantes del 20%, del contagio por el VPH, hay menos posibilidad solucionarse naturalmente y puede aumentar a una lesión intraepitelial.

La susceptibilidad genética contribuye menos del 1% de los cánceres cervicouterinos las condiciones del huésped que comprometen la inmunidad como (el VIH, el mal estado general se relacionan un incremento de 5 veces de padecer cáncer de cérvix), los factores ambientales como el riesgo de inhalar el humo del cigarro; y otras causas pueden incrementar el riesgo de infección por VPH, estos pueden ser actividad sexual a temprana edad, promiscuidad, sufrir de enfermedad de transmisión sexual entre otros (Minsa, 2017.).

Estadios:

Estadio I. La existencia del tumor se encuentra limitado dentro del cérvix.

Estadio II. La aparición de la neoplasia en el canal vaginal y el cérvix.

Estadio III. El cáncer se ha desarrollado a nivel de la vagina o la pared pélvica lateral, a nivel interno.

Estadio IV. El cáncer se ha desarrollado a otros órganos cercanos como la vejiga y el recto y otros órganos (Sociedad Americana del Cáncer, 2020).

Tratamiento

Quimioterapia: es una alternativa de tratamiento que utiliza medicamentos para combatir el cáncer de cérvix.

Radioterapia: se utiliza la radiación para deshacer las células cancerígenas por ende disminuir el volumen del tumor.

Inmunoterapia: es un tipo de alternativa que favorece al sistema inmunológico a luchar contra el cáncer de cérvix.

Cirugía: el objetivo de la cirugía del cáncer de cérvix es la erradicación de las células cancerígenas (Sociedad americana el cáncer, 2020).

Complicaciones

Una de las complicaciones es cuando las mujeres que han padecido y han llevado tratamiento de esta enfermedad hay un riesgo que vuelva a aparecer el cáncer, otra de las complicaciones se puede observar es en el aspecto sexual, intestinal luego de una intervención quirúrgica o la irradiación del tratamiento. A medida que avanza la enfermedad el resultado puede cambiar, en la fase I se puede recuperar, en la fase II y fase III, también hay posibilidades de recuperación a diferencia de la fase IV, que tiene menos oportunidad de recuperación, por eso es importante la detección temprana de esta enfermedad (Arévalo, et al, 2017).

Medidas preventivas del cáncer de cérvix.

Teniendo en cuenta la prevención del cáncer cérvix, se sugiere lo siguiente: Vacunación contra el VPH, posponer el inicio acto sexual, evitar la promiscuidad, utilizar preservativo de manera correcta, elegir una pareja responsable que practique la monogamia, realizarse todos los años la prueba de papanicolaou (Solano, 2020).

Histerectomía Abdominal

Consiste en la extirpación del útero, es una operación ginecológica que se efectúa con más frecuencia y se encuentra en el segundo lugar después de la cesárea, así mismo es considerado el procedimiento quirúrgico más común en la mujer en edad fértiles, además es utilizado en patologías benignas y malignas (Mogrovejo, 2015).

Causas:

Podemos mencionar lo siguiente: Hemorragia uterina anormal, dolor crónico relacionados con adherencia en la pelvis, endometriosis, sangrado intenso por la vagina por una intervención quirúrgica, lesiones pre malignas del útero como una displasia en la cérvix, lesiones malignas como cáncer de cérvix, cáncer de ovario (Franco, 2017).

Tipos de histerectomía

Mandal, (2018) señala lo siguiente: Histerectomía total: Es una cirugía en donde se extrae el útero incluido el cuello uterino. Histerectomía subtotal o parcial; en esta cirugía se extrae únicamente una porción del útero. Histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral; en este procedimiento se extrae una porción del útero trompas de falopio y ovarios y histerectomía radical; se extrae el útero totalmente, este procedimiento se lleva a cabo en casos de una neoplasia maligna.

Riesgo de complicación de hemorragia

Según Szuba et al. (2019). Lo define como sangrado originado por una intervención quirúrgica realizado dentro de las 24 horas, lo cual romperá las medidas de defensa del organismo, así mismo se arriesga a sufrir complicaciones como es la hemorragia después de una operación ya sea en el periodo mediato e inmediato, en algunos casos puede ser fatal para las personas.

Causas

Se agrupan en dos: Causas quirúrgicas: lo más probable que se deba a una coagulación inadecuada después de una cirugía, o cuando por accidente hay laceración de un órgano durante la intervención.

Causas médicas: aparición de coagulopatías congénitas no halladas cuando realizan el pre quirúrgico, o coagulopatías adquiridas halladas en la operación, que puede poner en riesgo la vida del paciente. (Bravo, 2016).

Diagnóstico Clínico.

Es aquel que se establece en la consulta médica con base en el análisis de la historia del paciente, al examen físico. Pude presentar taquicardia ya que es un síntoma que se manifiesta cuando ocurre una hemorragia, el hallarlo nos permite realizar un diagnóstico anticipado, ya que después puede aparecer una hipotensión dando a conocer que está perdiendo sangre en grandes cantidades (Bravo, 2016).

Tratamiento

Componentes sanguíneos: van a transportar oxígeno y cooperan en la coagulación de la sangre.

Medicamento: Antifibrinolítico es un fármaco que sirve para coagular la sangre. Cirugía: se realiza en casos de emergencia para la reparación de una vena dañada y evitar así una hemorragia (Medically reviewed, 2021).

Complicación

Después de una cirugía como la histerectomía si no evoluciona bien puede ocasionar hemorragias, y derivar a formas más graves como una hipovolemia, y se tiene que actuar de inmediato llegando inclusive a una reintervención. En algunas ocasiones es solo un pequeño sangrado lo cual se puede manejar monitorizando la signos vitales y colocación de fluidos (Águila 2017).

Prevención:

Teniendo en cuenta a (Bravo, 2016), indica lo siguiente:

En el preoperatorio: tenemos que evaluar al paciente brindando la consejería indicada sobre la intervención quirúrgica a realizar, solicitar exámenes de coagulación. En el postoperatorio: monitorizar las funciones vitales y así evitaremos cualquier signo de alarma sobre una hemorragia.

Dolor:

Según (Herdman & Kamitsuru, 2019), define al dolor agudo como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor a 3 meses” (p. 468). A su vez, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, (2020), menciona que es una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial”

Características definitorias

Desde el punto de vista de (Herdman & Kamitsuru, 2019), tiene como características definitorias del dolor agudo: “auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor, auto informe de características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor, cambio en el apetito, cambio en parámetros fisiológicos, conducta de distracción, conducta de protección, conducta defensiva, conducta expresiva, desesperanza, diaforesis, dilatación pupilar, evidencia de pruebas estandarizada de dolor en aquellos, que no se pueden comunicar verbalmente, expresión facial de dolor, informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades, postura de evitación del dolor” (p. 468). Por lo consiguiente, resaltamos la sintomatología con la cual fue identificado este problema, expresión facies de dolor, conducta expresiva.

Factores relacionados

Según Herdman & Kamitsuru, (2019), usa como “factores relacionados: agentes lesivos biológicos, agentes lesivos físicos, agentes lesivos químicos” (p. 468). En el caso de la paciente con dolor agudo asociado a intervención quirúrgica reciente por una histerectomía por cáncer de cérvix.

En la paciente la causa principal es el dolor agudo por agente lesivo biológico, después de la intervención quirúrgica.

Fisiopatología

(Cabo et al., 2020). Concluyo que el estudio del dolor comprende varias etapas lo cual implica:

la liberación de mediadores inflamatorios causando daño tisular los cuales actúan sobre los nociceptores y como respuesta normal a la lesión aparece una manifestación vascular con vasodilatación y aumento de

la permeabilidad capilar que consecuentemente desarrolla edema celular caracterizada por migración de polimorfo nucleares, eosinófilos y neutrófilos, posteriormente macrófagos y monocitos.

Fases: a nivel de los nociceptores, los estímulos nocivos (físico, térmicos, químicos) liberan mediadores inflamatorios que se convierten en una señal eléctrica produciéndose la fase de transducción, llegan a la médula espinal continuando el impulso nervioso (llamada la fase de conducción), por las vías espinotalámicas hasta llegar a tálamo y otros núcleos del sistema límbico, para finalmente llegar a la corteza somato sensorial desarrollándose la percepción, y luego al sistema inhibitor descendente. (p.695)

Escalas para evaluar el dolor

Desde el punto de vista de Vicente et al. (2018) hay varias escalas para medir el dolor entre ellas tenemos. Escala numérica (EN): escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

Escala categórica (EC): se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.

Escala visual analógica de intensidad: consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

Para el presente estudio se utilizó la escala visual analógica del dolor (EVA)

Teniendo en cuenta a Herrero, et al. (2017) utilizaremos esta escala analógica (EVA) para valorar a la paciente y poder medir la magnitud del dolor, a través de una línea horizontal en la cual en el lado derecho se da la magnitud mayor del dolor, y el lado izquierdo no siente dolor alguno, se le indica al paciente que marque en qué punto se encuentra su magnitud de dolor.

Valoramos en dolor de la siguiente manera.

Si el dolor es mínimo se situará como menor a 3.

Si el dolor es moderado se situará entre 4 y 7.

Si el dolor es severo se dirá que es igual o mayor a 8.

Tratamiento:

Tratamiento farmacológico

En pacientes con dolor agudo, utilizaremos medicamentos como los analgésicos para reducir el dolor, este va actuar sobre el sistema nervioso y así reducirá el dolor, sin provocar una reacción secundaria. Existe una disponibilidad de medicamentos y se dividen en: analgésicos no esteroideos (Aines), los opioides, los denominados coadyuvantes (Cabo et. al, 2020).

Analgésicos no esteroideos (Aines)

Estos medicamentos son antiinflamatorios que ayudan a aliviar el dolor, es un analgésico que tiene como mecanismo bloquear la producción de las prostaglandinas que es una sustancia que produce una respuesta inflamatoria. A nivel del sistema nervioso periférico y central.

Opioides

Son medicamentos para manejar ya sea dolor moderado o severo ya que tiene un buen efecto terapéutico, su función principal es actuar sobre el sistema nervioso central, estos fármacos se agrupan en; en agonistas puros, agonistas parciales, agonistas-antagonistas.

Fármacos coadyuvantes

Estos medicamentos incrementan la efectividad analgésica de los opioides, previene los síntomas que intensifican el nivel del dolor, su acción principal es el dolor neuropático.

Cabo et. al, (2020).

En la vida práctica para la atención del paciente utilizamos mayormente las aplicaciones de hielo molido, compresas frías para mitigar el dolor.

Rol de enfermería en histerectomía por cáncer de cérvix: Manejo del dolor y prevención de hemorragia.

Según (Florian, 2015). Las enfermeras brindan cuidados especiales a las pacientes después de una operación, cumplen un rol muy importante en las intervenciones del postoperatorio de una paciente histerectomizada, cumpliendo con el tratamiento indicado, verificando si existe algún riesgo de infección y brindando apoyo emocional. a su vez (Amatriain, 2019). Las enfermeras en un mayor porcentaje emplean para el manejo del dolor el tratamiento farmacológico, valoran a la paciente en el momento inicial del inicio del dolor utilizando una escala del dolor, para luego administrar el analgésico indicado, también es fundamental valorar las funciones vitales, que son manifestaciones que se pueden percibir y ver el estado de la paciente. El personal de enfermería debe liderar la situación de emergencia, la pérdida de sangre ocurridas como consecuencia de la intervención quirúrgica antes o después de las 48 horas de haber sucedido la misma, deben ser controladas minuciosamente, sugiriendo control de hemoglobina para monitorizar durante su hospitalización y reciba el tratamiento adecuado.

Teoría de la adaptación

La teoría de la adaptación de Calixta Roy describe a las personas que tienen la actitud necesaria para adaptarse frente a un evento que esté sucediendo con respecto a su salud, los profesionales de enfermería deben valorar primero al paciente, esto debe ser forma individual e integra, para buscar información relacionada a diversos aspectos, esto permitirá a la enfermera reconocer algunos cambios en su salud, y poder brindar cuidados especializados utilizando la empatía, las personas suelen adaptarse por medio de enseñanzas adquiridas, esta noción está ligada a un proceso de adaptación que tienen las personas para hacer frente a cualquier problema que se le presente. El valorar a la paciente no solo del lado psicosocial y fisiológico nos a conocer como se encuentra y afronta la enfermedad en sí (Hermosilla, et. al. 2015).

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, tipo de estudio caso clínico único para dar respuesta a los objetivos mencionados en el estudio acerca del riesgo de hemorragia y dolor en paciente de histerectomía por cáncer de cérvix.

Sujeto de estudio

Mujer de 44 años de edad seleccionada a conveniencia de la investigadora, diagnosticada como paciente con histerectomía por cáncer de cérvix. Donde el estado de vulnerabilidad en que se encuentra evidencia manifestaciones de dolor agudo y sensible a presentar hemorragia.

Ámbito y Periodo del estudio

El estudio se realizó en el servicio de gineco-obstetricia de un hospital de Lima. El periodo de estudio quedó comprendido entre el 27 de marzo del 2021 al 15 de junio de 2021, para la fase de contacto se utilizó la observación y recolección de datos clínicos.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información.

Instrumento de recolección de datos: Marco de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, validado por profesionales expertos del área.

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

Información verbal proporcionada por nuestra paciente, la observación directa de la paciente, la historia clínica del paciente, los registros de evolución médica y enfermera.

Examen físico de la paciente, la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon, la revisión de la evidencia científica, la revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, Google académico. Además, se han consultado documentos procedentes de Entidades Oficiales (OMS, American Cancer Society), Guías de práctica clínica y protocolos; Actas de Congresos; Tesis Doctorales y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

Las técnicas empleadas fueron la entrevista y la observación

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se recabó la autorización previa de la paciente y del responsable del servicio, quedando garantizado durante todo el proceso la protección y la confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio, no figurando ninguna reseña de identificación de esta. La recolección de información se realizó en 4 fases: la primera se comenzó accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales y familiares, el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, el diagnóstico médico principal, evolución médica y clínica, así como la evolución de los cuidados. En la segunda, se realiza una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico y centrado en el caso de estudio. En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados a la paciente para ver la evolución de la misma. Y en la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 2015 hasta la actualidad. Se usaron base de datos: Scielo, Google académico y usando palabras clave como:

paciente, cáncer de cérvix, cuidados de enfermería, histerectomía abdominal, riesgo de hemorragia.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a la metodología enfermera. Tras la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “modelo Área” gestado por Pesut y Herman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del DXEp se procede al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación de las mismas con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados individualizado de la paciente.

Resultados

Descripción del caso

Motivo de ingreso: paciente adulta madura de sexo femenino, de 44 años de edad, ingresa a emergencia de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue por presentar dolor abdominal de moderada intensidad, con predominio en hipogastrio con irradiación a nivel del flanco izquierdo de aproximadamente 5 días, nota una masa en su abdomen desde hace 15 días, refiere pérdida de peso y no tiene apetito no ha hecho deposiciones desde hace 10 días, ingresa en silla de ruedas con su familiar (sobrina) relatando previamente lo que le había sucedido.

Antecedentes personales: gestación 2, abortos 0.

Situación actual

Ingresa al servicio de ginecología procedente del servicio de recuperación con diagnóstico médico (DxM), post-operada de una histerectomía por NM de cérvix es traída en camilla en compañía del personal de salud de turno. Paciente despierta orientada en tiempo, espacio y persona, quejumbrosa, llorosa refiere tener dolor de moderada intensidad según escala de EVA 7, con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo per fundiendo 900 cc de dextrosa al 5% con cloruro de sodio 20% (2 amp), cloruro de potasio 0.9% (1 amp), dextrosa al 33% (2 amp). Herida operatoria incisión mediana supra umbilical, con dren penrose (DPR) cubiertas con apósitos húmedos más presencia de secreción sanguinolenta, a la vez presencia de estoma en flanco izquierdo más bolsa de colostomía con contenido fecal, sonda foley permeable con sangrado vaginal en poca cantidad, miembros inferiores sin edema.

Diagnóstico médico: post operada de histerectomía abdominal por NM de cérvix.

Valoración del caso:

A continuación, se realiza la valoración de la paciente en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon:

Patrón 1: percepción manejo de la salud

Patrón eficaz: Paciente adulta madura de 44 años con diagnóstico médico post operada de histerectomía abdominal total por NM de cérvix, conoce el motivo de su ingreso al establecimiento salud, refiere que su madre falleció de cáncer uterino, la paciente bebía alcohol semanalmente, no consume ni tabaco ni drogas, su estilo de vida es sedentaria, tuvo 2 gestación y todas llegaron a término y todas sin complicaciones fueron parto natural, se auto medicaba con paracetamol cada que tenía dolor, higiene en regular estado general.

Tratamiento médico:

NPO

Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% (2 amp) + KCl 20% (1 amp), dextrosa al 33% (3 amp). I, II, III

Omeprazol 40 mg. EV c/ 12 hrs.

Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs

Metamizol 1 g. EV c/8 hrs

Desketoprofeno EV c/ 8 hrs.

Ac. Tranexámico 1g Ev. c/8 hrs.

Ciprofloxacino 400 mg. EV c/ 12 hrs.

Metronidazol 500 mg. EV. c/8 hrs.

Análisis de laboratorio:

Hematología:

Grupo sanguíneo y factor RH: O RH positivo

Hemograma:

Hemoglobina: 10.1 g/dL	(13,2-16,6 g/dL)
Hematocrito: 30.7 %,	(36%-48.7%)
Plaquetas: 400.000 uL	(150-400 × 10 ⁹ /L)
Leucocitos: 17.000 uL	(4.5-11.0 × 10 ⁹ /L)
Segmentados: 92.6	(40-70%)
Linfocitos: 0.7	(0.6-3.4 (10 ³ /uL)
Monocitos: 2.7	(0-8%)
Bioquímica:	
Glucosa: 100 mg/dL	(70 y 100 mg/dl)
Urea: 35.1 mg/dL	(12-54mg/dl)
Creatinina: 0.35 mg/dL	(0.7-1.3 mg/d)

Inmunología serológica:

V.D.R.L (prueba de sífilis cualitativas): No reactivo

HIV (prueba rápida): No reactivo

PCR covid Negativo.

Hepatitis B: No reactivo

Patrón 2: nutricional-metabólico

Patrón alterado: Peso de la paciente es de 50 KG. Talla 1.60 cm. Se encuentra en NPO, tiene una hemoglobina de 10.1, no refiere tener fiebre, a la toma de temperatura 37 °C. Refiere no padecer diabetes mellitus (DM) con resultados de glucosa de 100 mg/dL. Piel pálida y tibia al tacto, mucosas orales secas. No refiere alergias alimentarias. Cavidad bucal dentadura incompleta, estado de higiene bucal regular, ha bajado de peso estos últimos 15 días. Abdomen blando depresible, sensible doloroso a

la palpación, apósitos húmedos con secreción sanguinolenta a nivel de herida operatoria. Dren penrose (DPR) en flanco izquierdo.

Patrón 3: eliminación

Patrón alterado: Presencia de estoma con bolsa de colostomía flanco izquierdo con residuos fecales, Presencia de sonda Foley permeable con 200 cc de orina color amarillo, diuresis conservada, buena función renal sin apoyo diurético valores creatinina en rango normal 0.35 mg/dL.

Patrón 4: actividad-ejercicio

Patrón alterado: Actividad respiratoria Paciente ventilando espontáneamente con una FR. 18 x min. no presenta tos, Actividad cardiovascular: FC: 90 x min P.A 100/70 MmHg sin alteración no presenta edemas, Presencia de líneas invasivas, catéter periférico en miembro superior izquierdo, per fundiendo 900 cc con dextrosa 5% 1000 + NAACL 20% (2 amp). + K (1 amp). Dextrosa al 33% (3 amp), ejercicio: capacidad de autocuidado paciente ingresa en camilla servicio de ginecología en compañía del personal de salud de turno, movilidad de miembros conservada, fuerza muscular un poco débil por la cirugía, Grado de dependencia III. Necesita el apoyo del personal para su autocuidado.

Patrón 5: sueño descanso

Patrón alterado: Refiere dificultad para conciliar el sueño por el ambiente hospitalario, No utiliza ningún medicamento para dormir, normalmente duerme temprano.

Patrón 6: cognitivo-perceptual

Patrón alterado: Paciente despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, llorosa y quejumbrosa, con Escala de Glasgow: 15/15, Paciente refiere dolor abdominal moderado en el hipogastrio de 7 según escala de EVA del 1 al 10, su nivel de instrucción es primaria completa: puede leer, escribir. No presenta alteraciones cognitivas.

Patrón 7: autopercepción- auto concepto

Patrón eficaz: Refiere que ha bajado de peso inexplicablemente le gustaría que su familia este con ella en este momento, ya que su pareja se ha separado de ella, Imagen corporal en regular estado, Paciente refiere estar triste se siente sola más aun por todo lo que le está pasando.

Patrón 8: rol-relaciones

Patrón alterado: Estado civil separada, refiere que no tiene apoyo de su pareja ni de otras personas, su pareja la abandono, cambio de domicilio ahora vive en Lima, en el distrito de SJL, refiere que no sufre de violencia familiar, ocupación de la paciente agricultora.

Patrón 9: sexualidad- reproducción

Patrón eficaz: Fecha de ultima regla refiere 10/02/2021, presenta mamas blandas, simétricas no se observa retracciones ni se palpan masas y pezones formados, no secreciones por pezones, genital normal, con sangrado vaginal en poca cantidad, refiere que utiliza un método anticonceptivo (ampollas del mes) y que su primera menstruación fue a los 13 años, embarazos 2 que llegaron a término, abortos 0.

Patrón 10 adaptación- tolerancia al estrés

Patrón alterado: Paciente muy ansiosa y preocupada por su estado de salud, a la espera de resultados de la biopsia, refiere sentir miedo por los resultados que saldrán, se siente sola en esta ciudad y que si muere no le hará falta a nadie.

Patrón 11: valores- creencias

Patrón eficaz: Paciente refiere que profesa la religión católica y que no tiene ninguna restricción.

.

Plan de cuidados

Diagnóstico:

Identificación de diagnósticos de enfermería

Los Diagnósticos de Enfermería (DxE) se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la Taxonomía II de NANDA Internacional 2018-2020.

Patrón 2: Nutricional metabólico

Definición: “Susceptible a una disminución de volumen de sangre que puede comprometer su salud” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.428).

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico: (00206) Riesgo de sangrador/c proceso quirúrgico.

Patrón 3: eliminación

Definición: “Susceptible a una lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema intertegumentario, fascia muscular, tendón, hueso, cartílago, capsula de la articulación, y/o ligamento que pueden comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p. 417).

Dominio 11: Seguridad / protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico: (00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico.

Patrón 4: actividad-ejercicio

Definición: “Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p. 404).

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: Infección

Diagnóstico: (00004) Riesgo de infección r/c intervención quirúrgica, procedimientos invasivos.

Definición: “Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de higiene” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p. 260).

Dominio 4: Actividad / reposo

Clase 5: Autocuidado

Diagnóstico: (00108) Déficit de autocuidado: baño asociado con debilidad, dolor m/p deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo y deterioro de la capacidad de acceder al cuarto del baño.

Patrón 5: sueño descanso

Definición: “Despertares de tiempo limitado debido a factores externos” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.230).

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/ Reposo

Diagnóstico: (00132) Patrón de sueño alterado asociado con barreras ambientales m/p dificultad para iniciar el sueño, dificultad para permanecer dormido, insatisfacción con el sueño.

Patrón 6: cognitivo-perceptual

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.468).

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Diagnóstico: (00132) Dolor agudo asociado a lesión por agente biológicos m/p expresión facies de dolor, conducta expresiva.

Patrón 8: rol relaciones

Definición: "Funcionamiento familiar que fracasa en propiciar el bienestar de sus integrantes" (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.311).

Dominio 7: Rol / relaciones

Clase 2: Relaciones familiares

Diagnóstico: (00063) Procesos familiares disfuncionales asociado con precariedad económica m/p abandono, soledad, temor e insuficiente apoyo parenteral.

Patrón 10 adaptación tolerancia al estrés

Definición: "Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro" (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.369).

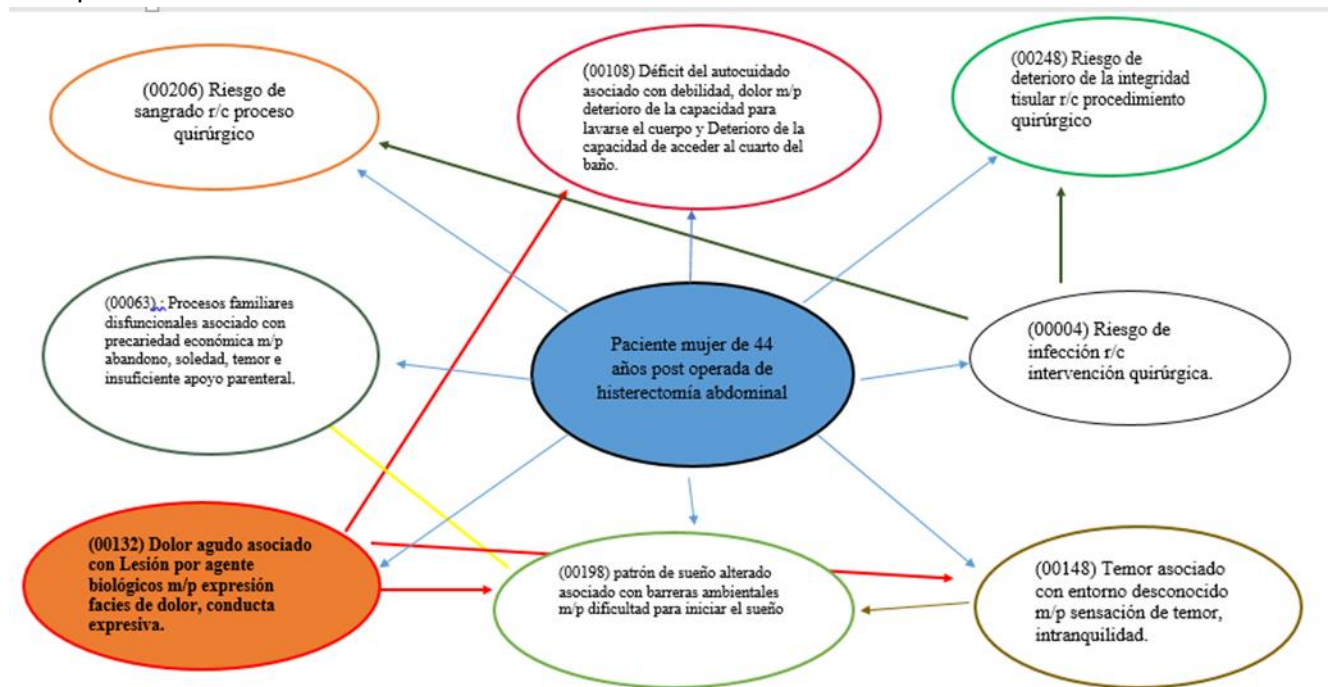
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

Diagnóstico: (00148) Temor asociado con entorno desconocido m/p sensación de temor, intranquilidad.

Figura 1

Red de Razonamiento Critico basado en el Modelo Área para la obtención del Diagnostico Enfermero Principal



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo Área (Análisis del resultado estado actual) (Pesut, Herman, 1999)

Diagnóstico Principal.

Diagnóstico De Enfermería Principal (DXE).

Tal como podemos observar en la red de razonamiento en la (figura n° 1), el diagnóstico principal es:

(00132) Dolor agudo asociado con lesión por agente biológicos m/p expresión facies de dolor, conducta expresiva.

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.468).

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Justificación del diagnóstico principal

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica y basándose en las evidencias científicas de los siguientes artículos, se ha obtenido como diagnóstico principal:

Berrocoso et al. (2018). resalta que el dolor agudo es una respuesta predecible, fisiológica y normal del organismo frente a una agresión traumática, física o química. A su vez Ahuanari, (2017), define que las intervenciones de enfermería en las pacientes con dolor después de una operación abdominal resaltan más la administración farmacológica, para concluir, Moreno et al. (2017). define que los pacientes que se someten a una operación, tienen que estar en observación para identificar el momento de inicio el dolor y así poder brindar los cuidados inmediatos. Visualizamos, que muchas veces es mejor observar al paciente y las manifestaciones que ellos refieren ya que estos influyen en el transcurso de la enfermedad.

Identificación de los problemas de colaboración (PC) y su riesgo de complicación (RC)

Para conocer cuáles son los problemas de colaboración (PC), así como los riesgos de complicación (RC) de la paciente, se utilizó el Manual de Diagnósticos Enfermeros. (L. Carpenito, 2019).

Problema de colaboración: periodo postoperatorio inmediato

RC de hemorragia

RC de hipovolemia/shock.

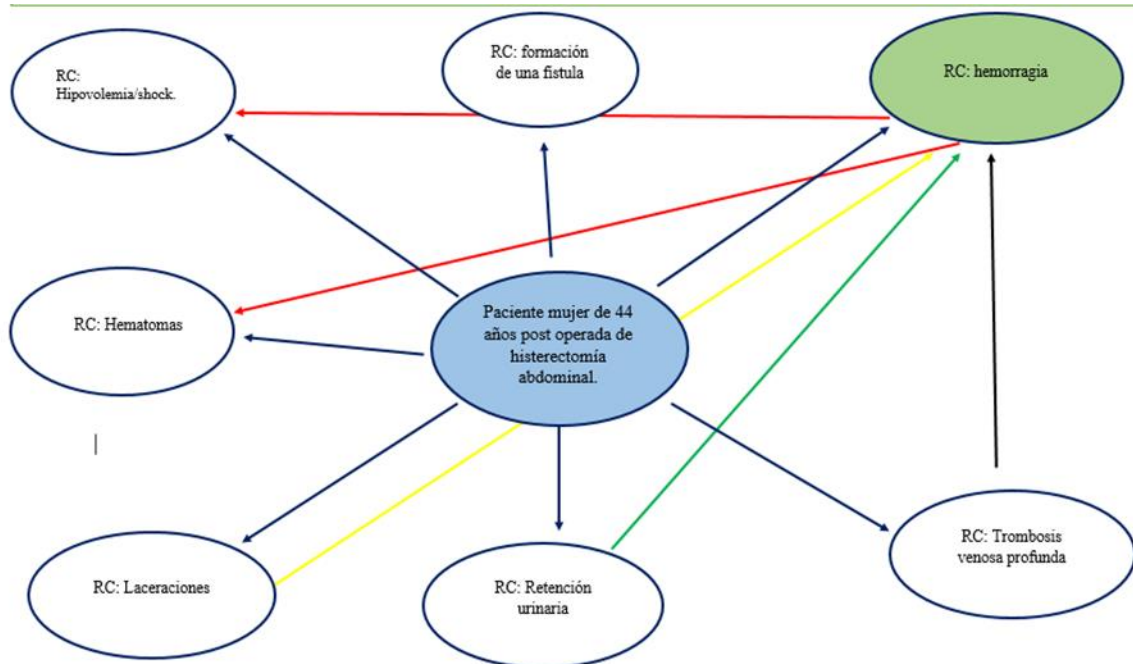
RC de retención urinaria.

RC: Hematomas.

RC de tromboflebitis.

Figura 2

Red de Razonamiento Critico Basado en el Modelo Área para la obtención del Riesgo de Complicación principal (RC)



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo Área (análisis del resultado actual) (Pesut, Herman, 1999)

Identificación del RC principal.

Se ha identificado como riesgo de complicación principal al RC hemorragia, debido a que es el que más flechas tiene con los demás, vinculándose con el:

RC hemorragia

Definición

Según Szuba, (2019). Lo define como sangrado originado por una intervención quirúrgica realizado dentro de las 24 horas, lo cual romperá las medidas de defensa del organismo, así mismo se arriesga a sufrir complicaciones como es la hemorragia después de una operación ya sea en el periodo mediato e inmediato, en algunos casos puede ser fatal para las personas.

Justificación del RC principal

Hemos identificado como RC Principal hemorragia ya que es el que más relación tiene con los demás, vinculándose con: Para Félix, (2018), define al Shock hipovolémico puede ocurrir en paciente que se someten a una cirugía como la histerectomía lo cual experimentarían una lesión traumática que tenemos que estar pendientes a un riesgo de sangrado, observando siempre la clínica del paciente

Como conclusión podemos destacar que, tras leer en varias literaturas sobre este gran riesgo de complicación, los hematomas son un problema que tendremos que resolverlo una vez que ha empezado a producirse. En nuestro caso para poder prevenir o atajar este potencial riesgo de complicación, vigilaremos en todo momento a la paciente como corresponde.

Planificación

Utilizaremos los manuales de objetivos NOC y de intervenciones NIC, para el diagnóstico principal:

(00132) Dolor agudo asociado con lesión por agente biológicos m/p expresión facies de dolor, conducta expresiva.

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.468).

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Resultado NOC del Diagnóstico Enfermero principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que intentamos conseguir con las intervenciones, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el DXEP (00132) dolor agudo le corresponde los siguientes NOC:

(2102) Nivel del dolor.

(1605) Control del dolor.

(2109) Nivel de malestar.

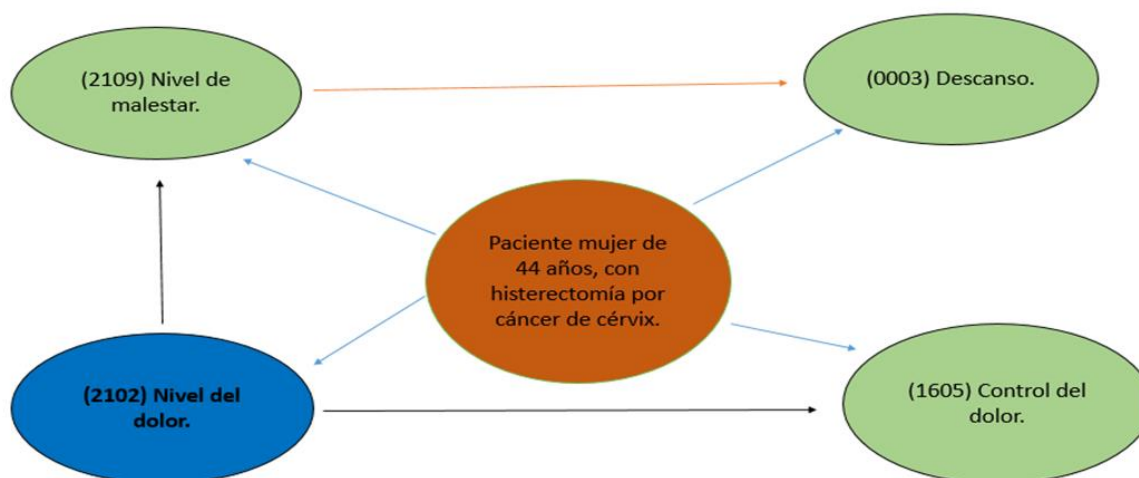
(0003) Descanso.

Priorización del NOC del Diagnóstico Enfermero principal.

Realizaremos el análisis de la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura n°3.

Figura 3

Priorización del NOC del DXEP mediante la red de Razonamiento Critico basado en el Modelo Área



Fuente: Elaboración propia basado en el Modelo Área (análisis del resultado del estado actual) (Pesut y German)

Justificación del NOC principal del DXE.

Podemos observar que, según la red de razonamiento crítico el NOC principal identificado es:

(2102) Nivel del dolor.

Definición: “intensidad del dolor referido o manifestado” (Moorhead, et. al. 2019, p.466).

Dominio V: salud percibida

Clase V: sintomatología

Según Pérez, et. al., (2017). El paciente presenta dolor después de una cirugía realizada, más aún cuando pasa el efecto de la anestesia es donde se observa la sintomatología, el mal manejo del dolor afectara la salud de la paciente que puede conllevar a una complicación post operatoria. Como es el caso de la paciente en estudio que se encuentra en el postoperatorio inmediato y presenta dolor intenso que lo categorizamos según la escala de valoración del dolor en ocho puntos según escala EVA.

Como conclusión podemos, decir que la administración de analgésicos en pacientes con dolor ayudara mucho a aliviarlo, en el caso del estudio estuvo indicado el dexketoprofeno 50 mg. EV c/ 8 horas, para aliviar el nivel del dolor.

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el DXE

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diaria	Tiempo
(2102) Nivel del dolor.	2	4	12 horas

Escala Likert: 1 Grave 2-sustancial 3-moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia en basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Tabla 2

puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación diaria	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	5	12 horas
(210204) Duración de los episodios de dolor.	2	5	12 horas
(210206) Expresiones facies de dolor.	2	5	12 horas
(210208) inquietud	3	5	12 horas

Escala Likert: 1 Grave 2-sustancial 3-moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultado de Enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Intervenciones (NIC) del diagnóstico principal.

(2210) Administración de analgésicos. (Butcher et al., 2018, p.51)

Actividades:

(221001) Tranquilizar al paciente utilizando la empatía para el manejo del dolor.

(221002) Determinar la aparición, localización, duración, del dolor en el paciente.

(221005) Verificar las indicaciones médicas para el tratamiento indicado.

(221007) Colocar los analgésicos según prescripción médica.

(221008) Controlar las funciones vitales antes y después de la colocación de analgésicos.

(1410) Manejo del dolor: agudo (Butcher et al., 2018, p.306)

Actividades:

(141001) Valorar el nivel del dolor incluyendo duración, intensidad.

(141002) Reconocer el nivel de intensidad del dolor cuando la paciente cambia de posición.

(141004) Mirar a la paciente si presenta incomodidad al movimiento.

(141005) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición como la escala del dolor EVA.

(141007) Asegurar una atención adecuada en el manejo del dolor.

(6680) Monitorización de los signos vitales (Butcher et al., 2018, p.341).

Actividades:

(668001) Monitorizar las funciones vitales.

(668002) Mirar si hay alteraciones en la P.A.

(668003) Monitorizar la oxigenación del cuerpo.

(668004) Monitorizar la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria.

(668005) Comprobar los datos registrados en los equipos de monitoreo.

Los patrones: 2 nutricional metabólico, 4 actividad y reposo, 6 cognitivo perceptivo y 10 adaptación tolerancia al estrés, se observan mejorías, después brindar los cuidados de enfermería a la paciente hysterectomizada.

Los patrones: 3 eliminación, 5 sueño descanso y 8 rol relaciones, se mantienen estacionarios a pesar de los cuidados brindados por el personal de enfermería.

Planificación del riesgo de complicación principal (RC) hemorragia

Utilizaremos los manuales de objetivos NOC y de intervenciones NIC

Como hemos visto anteriormente el riesgo de complicación principal es RC hemorragia.

Resultado NOC del riesgo de complicación principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que deseamos conseguir en la paciente, utiliza de códigos de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el RC hemorragia le corresponde los siguientes NOC:

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

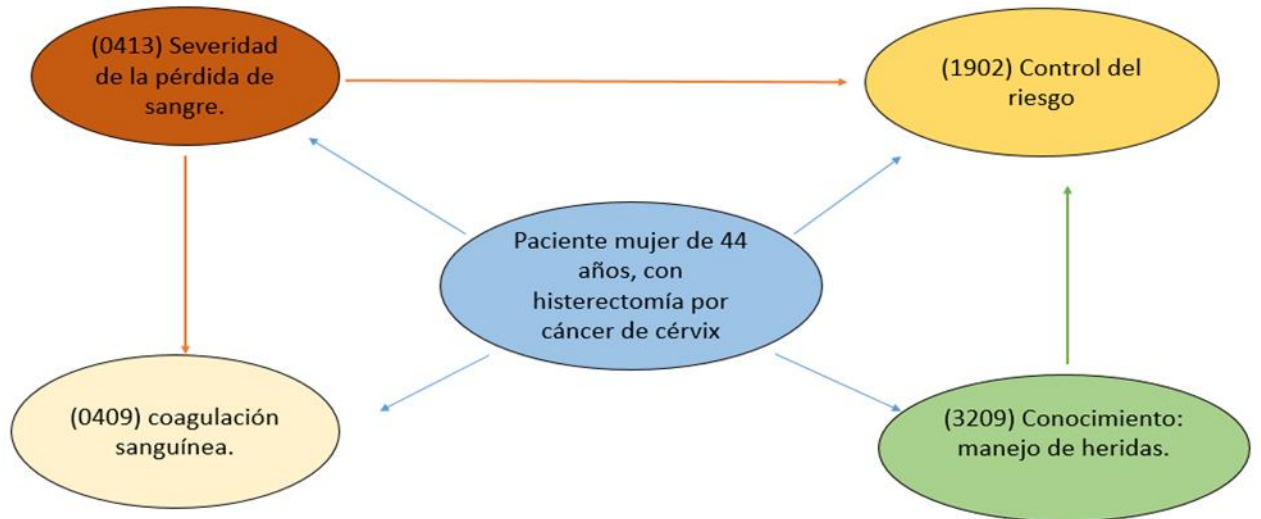
(1902) Control del riesgo

(0409) coagulación sanguínea.

(3209) Conocimiento: manejo de heridas.

Figura 4

Priorización del NOC del RC principal mediante la Red de Razonamiento Critico basado en el Modelo Área



Fuente: Elaboración propia basada en el Modelo Área (Análisis del Resultado del Estado Actual) (Pesut German 1999)

Justificación del NOC principal del RC principal

NOC priorizado del RC hemorragia

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas de las lesiones corporales” (Moorhead et. al. 2018, p.564).

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Tabla 3

Puntuación del NOC principal del RC según escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.	4	5	12 horas

Escala Likert: 1 Grave 2-sustancial 3-moderado 4-Leve 5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC. a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Tabla 4

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Tiempo
(041301) Pérdida sanguínea visible	4	5	12 horas
(041307) Sangrado vaginal	4	5	12 horas
(041313) Palidez de la piel y mucosas	4	4	12 horas
(041314) Ansiedad	4	5	12 horas
			5-
Escala Likert: 1 Grave	2-sustancial	3-moderado	4-Leve Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC. a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Observando la tabla, vemos que los valores han avanzado con el transcurso de las 12 horas de atención a la paciente. Clasificando la evaluación como “positiva”, debido a que nuestra paciente no ha recaído. Por ello, ha mejorado su calidad de vida, aunque todavía podemos aumentarla durante su estancia hospitalaria.

NIC.

Intervenciones (NIC) del RC principal.

Debido al estado de la paciente, es necesario realizar labores intrahospitalarias que luego deberán ser continuadas por la paciente al alta:

(4010) Prevención de hemorragias

Dominio II: Fisiológico Complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Definición: “Intervención para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos” (Butcher et. al. 2018, p.377).

Actividades:

(401002) Observar a la paciente con el fin de detectar sangrado.

(401003) Chequear los valores de la hemoglobina y hematocrito después del sangrado.

(401004) Controlar las funciones vitales y signos de sangrado persistentes.

(401005) Mantener el acceso intravenoso.

(401007) Controlar los signos vitales.

(6540) Control de infecciones

Dominio I: Fisiológico Complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular

Definición: “Intervención para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos” (Butcher et. al. 2018p.113).

Actividades:

(654001) Cada paciente tiene su propio ambiente y así evitaremos infecciones intrahospitalarias.

(654002) Los ambientes deben estar limpios después de cada procedimiento.

(654003) Enseñar al personal de cuidado el lavado de manos apropiado.

(654004) Poner en prácticas precauciones universales

(654005) Utilizar guantes estériles, por cada atención.

(2300) Administración de medicación.

Dominio II: Fisiológico Complejo

Clase H: Control de fármacos

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación” (Butcher et. al. 2018, p.55).

Actividades:

(230001) Mantener un ambiente tranquilo para la administración de medicamento.

(230003) seguir los 10 correctos de la administración de medicación.

(230004) Chequear las indicaciones dejadas por el médico para la administración del medicamento.

(230005) verificar si la paciente es alérgica a algún medicamento.

(230006) Utilizar técnicas adecuadas para la preparación del fármaco a administrar.

Finalmente, con el plan de cuidados de enfermería, observamos que los patrones alterados en el turno de 12 horas han mejorado, logrando así el mayor beneficio posible y el bienestar de la paciente.

Ejecución

Es en esta fase es donde las enfermeras muestran toda su habilidad en la realización de los planes de cuidado, para atención de la paciente post operada de histerectomía, estos cuidados van dirigidos a la resolución del diagnóstico principal y al RC incluyendo las necesidades asistenciales de la paciente.

Intervenciones del Diagnóstico de Enfermería Principal

Fecha 28 de marzo 2021

Turno: Mañana y tarde

Hora: 07:30 Am.

Intervención: (6680) Monitorización de los signos vitales. (Butcher et al., 2018, p.341).

Hora: 8:00 Am.

Actividades:

(668001) Monitorizar las funciones vitales.

(668002) Mirar si hay alteraciones en la P.A.

(668003) Monitorizar la oxigenación del cuerpo.

(668004) Monitorizar la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria.

(668005) Comprobar los datos registrados en los equipos de monitoreo.

Se controla las funciones vitales manteniendo las normas de bioseguridad estricta en la paciente para evitar la contaminación cruzada y sobre todo prevenir las infecciones sobre agregada en este tipo de pacientes. Los cuidados nos permiten monitorizar el progreso de la paciente cada día.

Para realización de la toma de constantes vitales nos hemos basado en el (Universidad industrial de Santandander (2018).

Intervención: (2210) Administración de analgésicos. (Butcher et al., 2018, p.51)

Hora: 08:30 Am.

Actividades:

(221001) Tranquilizar al paciente utilizando la empatía para el manejo del dolor.

(221002) Determinar la aparición, localización, duración, del dolor en el paciente.

(221005) Verificar las indicaciones médicas para el tratamiento indicado.

(221007) Colocar los analgésicos según prescripción médica.

(221008) Controlar las funciones vitales antes y después de la colocación de analgésicos.

La administración de analgésicos es importante porque a través de ellos aliviaremos el dolor postoperatorio de la paciente ya que alcanza su máxima intensidad las primeras 24 horas. A los pacientes que ingresan al servicio se debe preguntar si sienten dolor a intervalos frecuentes, en cada turno y siempre después de la administración de analgésicos a fin de comprobar su adecuación y eficacia. Para la administración de analgésicos nos hemos basado en "Analgésicos en el paciente hospitalizado" de (Narváez, et al 2015).

Intervención: (1410) Manejo del dolor: agudo. (Butcher et al., 2018, p.306)

Hora: 9:00 AM.

Actividades:

(141001) Valorar el nivel del dolor incluyendo duración, intensidad.

(141002) Reconocer el nivel de intensidad del dolor cuando la paciente cambia de posición.

(141004) Mirar a la paciente si presenta incomodidad al movimiento.

(141005) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición como la escala del dolor EVA.

(141007) Asegurar una atención adecuada en el manejo del dolor.

El manejo del dolor post operatorio con lleva a situaciones que pueden afectar la vida de la paciente, por eso es necesario la administración de medicamentos de acción analgésicas que no ocasionen efectos adversos (Narváez, et al 2015).

Intervención: (4010) Prevención de hemorragias. (Butcher et. al. 2018, p.377).

Hora: 10:00 am

Actividades:

(401002) Observar a la paciente con el fin de detectar sangrado.

(401003) Chequear los valores de la hemoglobina y hematocrito después del sangrado.

(401004) Controlar las funciones vitales y signos de sangrado persistentes.

(401005) Mantener el acceso intravenoso.

(401007) Controlar los signos vitales.

La hemorragia es una complicación que puede con llevar a la muerte de la paciente si no es atendida de manera inmediata (Asturizaga, 2014).

Intervención: (2300) Administración de medicación. (Butcher et. al. 2018, p.55).

Hora: 2:00 PM.

Actividades:

(230001) Mantener un ambiente tranquilo para la administración de medicamento.

(230003) seguir los 10 correctos de la administración de medicación.

(230004) Chequear las indicaciones dejadas por el médico para la administración del medicamento.

(230005) verificar si la paciente es alérgica a algún medicamento.

(230006) Utilizar técnicas adecuadas para preparación del fármaco a administrar.

El administrar un medicamento es el procedimiento que la enfermera realiza en su labor asistencial. Utilizando siempre los 10 correctos de la administración de medicamento (montero et al, 2017).

Intervención: (6540) Control de infecciones. (Butcher et. al. 2018, p.113).

Hora: 4:00 pm.

Actividades:

(654001) Cada paciente tiene su propio ambiente y así evitaremos infecciones intrahospitalarias.

(654002) Los ambientes deben estar limpios después de cada procedimiento.

(654003) Enseñar al personal de cuidado el lavado de manos apropiado.

(654004) Poner en prácticas precauciones universales

(654005) Utilizar guantes estériles, por cada atención.

Quienes trabajamos en la prestación de salud tenemos que tomar precauciones para evitar la infección de una herida operatoria en un paciente post operadas, como lavarnos las manos correctamente en cada procedimiento que se realiza y una adecuada limpieza de materiales que se utiliza (Hernández, 2107).

Cronograma de Intervenciones/Actividades

Fecha	Actividades
28 de marzo	<p>(6680) Monitorización de los signos vitales. (Butcher et al., 2018, p.341).</p> <p>(668001) Monitorizar las funciones vitales.</p> <p>(668002) Observar si hay alteraciones en la P.A.</p> <p>(668003) Monitorizar la oxigenación del cuerpo.</p> <p>(668004) Monitorizar la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria.</p> <p>(668005) Comprobar los datos registrados en los equipos de monitoreo.</p> <p>(2210) Administración de analgésicos. (Butcher et al., 2018, p.51).</p> <p>(221001) Tranquilizar al paciente utilizando la empatía para el manejo del dolor.</p> <p>(221002) Determinar la aparición, localización, duración, del dolor en el paciente.</p> <p>(221005) Verificar las indicaciones médicas para el tratamiento indicado.</p> <p>(221007) Colocar los analgésicos según prescripción médica.</p> <p>(221008) Controlar las funciones vitales antes y después de la colocación de analgésicos.</p> <p>(1410) Manejo del dolor: agudo. (Butcher et al., 2018, p.306).</p> <p>(141001) Valorar el nivel del dolor incluyendo duración, intensidad.</p> <p>(141002) Reconocer el nivel de intensidad del dolor cuando la paciente cambia de posición.</p> <p>(141004) Mirar a la paciente si presenta incomodidad al movimiento.</p> <p>(141005) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición como la escala del dolor EVA.</p> <p>(141007) Asegurar una atención adecuada en el manejo del dolor.</p>

<p>(4010) Prevención de hemorragias. (Butcher et. al. 2018, p.377).</p> <p>(401002) Observar a la paciente con el fin de detectar sangrado.</p> <p>(401003) Chequear los valores de la hemoglobina y hematocrito después del sangrado.</p> <p>(401004) Controlar las funciones vitales y signos de sangrado.</p> <p>(401005) Mantener el acceso intravenoso.</p> <p>(401007) Controlar los signos vitales.</p> <p>(2300) Administración de medicación. (Butcher et. al. 2018, p.55).</p> <p>(230001) Mantener un ambiente tranquilo para la administración de medicamento.</p> <p>(230003) seguir los 10 correctos de la administración de medicación.</p> <p>(230004) Chequear las indicaciones dejadas por el médico para la administración del medicamento.</p> <p>(230005) verificar si la paciente es alérgica a algún medicamento.</p> <p>(230006) Utilizar técnicas adecuadas para la preparación del fármaco a administrar.</p> <p>(6540) Control de infecciones. (Butcher et. al. 2018, p.113).</p> <p>(654001) Cada paciente tiene su propio ambiente y así evitaremos infecciones intrahospitalarias.</p> <p>(654002) Los ambientes deben estar limpios después de cada procedimiento.</p> <p>(654003) Enseñar al personal de cuidado el lavado de manos apropiado.</p> <p>(654004) Poner en prácticas precauciones universales</p> <p>(654005) Utilizar guantes estériles, por cada atención.</p>

Fuente: Elaborado en base a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2019, a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Evaluación

En esta fase del proceso de enfermería veremos los resultados esperados de los cuidados brindados a la paciente post operada de histerectomía por cáncer de cérvix, evaluaremos el objetivo logrado.

Evaluación del resultado del DxE Principal

Diagnostico Enfermero principal

(00132) Dolor agudo asociado con lesión por agente biológicos m/p expresión facies de dolor, conducta expresiva.

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses” (Herdman & Kamitsuru, 2019, p.468).

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

NOC priorizado del Diagnostico principal

(2102) Nivel del dolor.

Definición: “intensidad del dolor referido o manifestado” (Moorhead, 2018, pág. 466).

Dominio V: salud percibida

Clase V: sintomatología

Tabla 6

Puntuación del NOC principal para el DXE

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación Alcanzada	TIEMPO
(2102) Nivel del dolor.	2	4	5	12 horas
Escala Likert: 1 Grave 2-sustancial 3-moderado 4-Leve 5-Ninguno				

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC. a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(210201) Dolor referido	2	4	5	12 horas
(210204) Duración de los episodios de dolor.	2	4	5	12 horas
(210206) Expresiones facies de dolor.	2	4	5	12 horas
(210208) inquietud	3	4	5	12 horas
Escala Likert:1 grave	2-sustancial	3-moderado	4-Leve	5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultado de Enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Interpretación

Como podemos comprobar hemos logrado la puntuación diana propuesta, siendo esta en el inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 12 horas, una puntuación de 4 a 5. Hemos logrado por lo tanto el alivio del dolor en la paciente.

En relación con el (210201) Dolor referido, podemos decir que la paciente comenzó con una puntuación de 2, al ingreso de emergencia, luego es trasladada a SOP. Seguidamente al área de recuperación y finalmente al servicio de ginecología muy adolorida ya que no solo le dolía la incisión y alrededores si no que estaba muy incómoda con cualquier tipo de movimiento. Con respecto a la (210204) Duración del episodio de dolor, empezó con una puntuación 2 y hemos alcanzado exitosamente la puntuación 4, propuesta en un plazo de 12 horas ya que reduciendo el nivel del dolor se ha disminuido también la duración de esos episodios. En lo referente a la (210206) Expresión facies de dolor, empezó con una puntuación 2 y hemos conseguido que la paciente alcance la máxima puntuación de 5, al reducir el nivel del dolor, así como también hemos conseguido cambiar la expresión facial siendo ésta última, una expresión facial positiva al final de los cuidados. Y finalmente (210208) inquietud, empezó con una puntuación 3 y tras un periodo de 12 horas hemos conseguido que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, y la paciente ya no encuentra inquieta.

Como enfermeras debemos evaluar a la paciente, observándola si presenta dolor durante su hospitalización para poder actuar inmediatamente y así evitarle molestias.

Evaluación del resultado del RC principal

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

Definición: “Gravedad de los signos y síntomas de las lesiones corporales” (Moorhead, 2018, p.564)

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Tabla 8

Puntuación del NOC principal del RC según escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(0413) Severidad de la pérdida de sangre.	4	5	5	12 horas
Escala Likert: 1 Grave	2-sustancial	3-moderado	4-Leve	5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC. a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Tabla 9
Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(041301) Pérdida sanguínea visible	4	5	5	12 horas
(041307) Sangrado vaginal	4	5	5	12 horas
(041313) Palidez de la piel y mucosas	4	4	4	12 horas
(041314) Ansiedad	4	4	5	12 horas
Escala Likert: 1 Grave	2-sustancial	3-moderado	4-Leve	5-Ninguno

Fuente: Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de Enfermería NOC. a partir de Palomar-Aumatel (2017).

Interpretación

Como podemos comprobar hemos logrado alcanzar una puntuación adecuada, siendo esta en el inicio una puntuación de 2, y tras un periodo de 12 horas, una puntuación alcanzada de 5. Hemos logrado por lo tanto que no haya severidad en la pérdida de sangre en la paciente.

En relación con el (041301) Pérdida sanguínea visible, podemos decir que la paciente comenzó con una puntuación inicial de 4, al ingreso al servicio de ginecología y alcanzo una puntuación adecuada de 5 en el transcurso de las 12 horas. Con respecto a la (041307) Sangrado vaginal, empezó con una puntuación inicial 2 y hemos alcanzado exitosamente la puntuación 5, propuesta en un plazo de 12 horas en todo momento se estuvo vigilando este indicador, ya que así evitaremos hemorragias vaginales y futuras complicaciones de la paciente. En lo referente a la (041313) Palidez de la piel y mucosas, empezó con una puntuación inicial de 4 y se mantiene en la misma puntuación alcanzada durante las 12 horas. Y finalmente (041314) Ansiedad, empezó con una puntuación inicial de 4 y tras un periodo de 12 horas, conseguimos que nuestra paciente alcance la máxima puntuación de 5, lo cual se encuentra más tranquila durante el turno.

Las enfermeras al momento de la valoración reconocen cuando una paciente presenta hemorragia ya sea interna o externa, preguntando siempre como se siente y observando lo que experimenta el paciente.

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de gineco-obstetricia luego de ser atendida en la unidad de recuperación post-anestésica. Presenta dolor agudo como consecuencia de haberle realizado una histerectomía por cáncer de cérvix y RC de Hemorragia como consecuencia de la intervención quirúrgica.

Tras la revisión bibliográfica hemos obtenido numerosos estudios que muestran los cuidados fundamentales que tiene enfermería para lograr una atención con calidad y mejor adaptación física y psicológica en una mujer histerectomizada. (Franco, 2017).

Realizar un plan de cuidados es una herramienta propia de enfermería que nos confiere autonomía para recopilar información de la paciente y ejecutar una serie de actividades que refuercen las debilidades o malestares en los diferentes niveles físicos, emocionales, espirituales y sociales. Por lo que se personaliza la asistencia haciendo mayor relevancia en aquellos aspectos más importantes que se pueden abordar desde enfermería. (Amad Pastor, M. 2017)

Las pacientes post-operadas son emocionalmente lábiles así mismo necesitan de un trato humano que las haga sentir que son valiosas. Además, cuentan con un equipo de profesionales atentos de su estancia clínica y a la resolución de su enfermedad.

Los cuidados de enfermería se basaron en el modelo de Calixta Roy proceso de adaptación a una nueva forma de vida, para realizar el plan de cuidado y centrarnos en las necesidades prioritarias de la paciente. Al evaluarla no solo vemos su estado de salud sino observamos como ella está afrontando la situación que le toca vivir y qué expectativas tiene a futuro para su adaptación de acuerdo con los planteamientos del modelo.

El dolor agudo se manifiesta como consecuencia de una cirugía realizada como es la histerectomía por cáncer de cérvix, donde el profesional de enfermería juega un papel fundamental en el manejo del dolor con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El RC hemorragia podría presentarse si el profesional de enfermería no brinda los cuidados necesarios, es en ese sentido que los cuidados de enfermería juegan un papel muy importante al estar dirigidas a la prevención y evitar que este problema se instale en la paciente.

Polanco, (2018). señala que en ocasiones la hemorragia es una complicación severa sobre todo en este tipo de cirugía como es la histerectomía, donde es primordial salvar la vida de la paciente con la oportunidad del tratamiento quirúrgico.

Para concluir, como profesionales de enfermería debemos hacer una buena valoración y evitar que se presenten algún riesgo de complicación para no agravar las situaciones ya existentes en nuestras pacientes. Debido a los cuidados que se le ha proporcionado se observa una evolución positiva, si lo comparamos con la fase inicial del plan de cuidado.

LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

búsqueda de la paciente para su valoración, ya que la trasladaban de un ambiente a otro por falta de camas, por ende, el tiempo era limitado para realizar el seguimiento del caso de estudio. Es por ello que continuara con un plan de cuidados de enfermería a largo plazo.

CONCLUSIONES

Retomando las ideas expuestas, podemos decir que los cuidados de enfermería después de una intervención quirúrgica en mujeres hysterectomizadas a causa de cáncer de cérvix, es indispensable un trato adecuado y nuestra responsabilidad como enfermeras especialistas va dirigido al tratamiento indicado y brindándole apoyo emocional a la paciente.

En conclusión, el cáncer de cérvix es una enfermedad que se puede prevenir, detectar y curar si este es detectado en su etapa inicial. Por esta razón se debe contactar aun profesional capacitado para una eficiente evaluación y evitar así complicaciones a futuro.

Es importante estar capacitados para brindar los cuidados de enfermería en la prevención del RC hemorragia en pacientes hysterectomizadas, ya que nos permite poner en evidencia el peligro que pueda estar la paciente y así evitar complicaciones.

El rol de enfermería para tratar el dolor y el riesgo de complicación de hemorragia después de una intervención quirúrgica en post operadas de hysterectomía, es fundamental y de ellas dependerá en gran parte la evolución y pronóstico de la paciente. Por ello, es necesario fortalecer las competencias y experticia del profesional especialista en gineco obstetricia para ofrecer cuidados de calidad en esta esfera.

Con relación a lo expuesto a lo largo del proceso de atención de enfermería se elaboró un plan de cuidados a una paciente hysterectomizada, lo que nos atribuye como enfermeros brindar cuidados humanizados y ver a la paciente en forma holística, lo cual indica que con conocimientos y experticia podemos manejar el diagnostico de enfermería principal y el problema de colaboración utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC y el modelo Área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abiuso N., Santelices J. & Quezada R. (2017). Manejo el dolor agudo en el servicio de urgencia, Chile. 28. 248-260 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-dolor-agudo-en-s0716864017300391>
2. Ahuanari, A.N. (2017). Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal. Lima. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor De San Marcos]. Repositorio Institucional. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5849/Ahuanari_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Sociedad americana contra el cáncer, (2020). Guías de la sociedad americana contra el cáncer para la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Estados Unidos. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/guias-de-deteccion-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
4. Amatriain A. (2019). Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-y-plan-de-cuidados-en-el-paciente-con-dolor/>
5. Arévalo A. R., Arévalo D. E., & Villarroel C. J. (2017). El cáncer de cuello uterino. La Paz, 23(2), http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-582017000200009&script=sci_arttext
6. Asturizaga, P, & Toledo J. L. (2014). Hemorragia obstétrica. revista médica. La Paz, 20(2), 57-68. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es&tlng=es.
7. Bendezu, G, et al. (2020), Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. Perú <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/4730>
8. Berrocoso A., Arriba L., & Baraza A. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. Revista clínica de medicina de familia, 11(3), 154-159. Epub 01 de octubre de 2019. recuperado en 09 de

- enero de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300154&lng=es&tlng=es.
9. Bravo J. (2016). Cirugía general y anestesia. Chile <http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/cirugia/cirugia-general-y-anestesia/>
 10. Butcher H. K., Bulechek G. M., Dochterman J. M., & Wagner CH., M. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). España. Elsevier. ISBN: 978-0-323-49770-1
 11. Cabo de Villa, E. D. Juana M. Morejón J., M., & Acosta E. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. Cuba. 18(4), 694-705. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694&lng=es&tlng=es.
 12. Félix, D. J. (2018). Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. México Vol. 41. Supl. 1 p S169-S174 <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-018/cmas181be.pdf>
 13. Franco Carrero, P, (2017). Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Salamanca]. Repositorio Institucional Universidad de Salamanca. <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>
 14. Florián, R. F. (2015). Factores asociados a infecciones postoperatorias en histerectomía vaginal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_7313e6578c08962f1510c12386f31bb6/Details
 15. Heather Herdman, T.& Kamitsuru, S. (2019). Diagnósticos enfermeros - definiciones y clasificaciones 2018 - 2020. España. Elsevier.
 16. Hermosilla A., & Sanhueza O. (2015). Control emocional, felicidad Subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado, Chile, 21. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100002
 17. Hernández H. G., & Castañeda J., L. (2017). Prevención de infecciones. Un vistazo a la nueva "Guía global para prevención de infecciones de sitio quirúrgico". Acta pediátrica de México, 38(1), 1-9. <https://doi.org/10.18233/apm1no1pp1-91318>
 18. Mandal, A. (2018). Tipos de histerectomía. Reino Unido. [https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Hysterectomy-Types-(Spanish).aspx)
 19. Marth C., Landoni F., Mahner S., Gonzales A. & Colombo N. (2017), Cáncer de cuello uterino: Directrices práctica clínica de la ESMO para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, España, 28. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx220>
 20. Medically Reviewed, (2021), Sangrado Post-operatorio. https://www.drugs.com/cg_esp/sangrado-post-operatorio.html
 21. Minsa, (2017). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y manejo del Cáncer De Cuello Uterino. Perú. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
 22. Mogrovejo, L., Moreno, A., & Padilla, M. (2015). Diagnóstico clínico, diagnóstico por ultrasonido versus diagnostico anatomo patológico de pacientes histerectomizadas en el hospital vicente corral moscoso, Ecuador. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21475>
 23. Moorhead, S., Swanson E., Johnson., & Maas M. (2018). clasificación de resultados de enfermería (NOC). España. Elsevier. ISBN: 978-0-323-49764-0
 24. Montero Y., Izquierdo M., Vizcaíno M., & Montero Vizcaíno, Y. (2017). Conocimiento del manejo práctico de fármacos en enfermería. servicio de reanimación neonatal. hospital ginecobstétrico Guanabacoa. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16(5), 832-838. Recuperado en 09 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500014&lng=es&tlng=es.

25. Moreno M. G., Fonseca E. E., & Interrial-Guzmán, M. G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 4-10. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3442/2016>
26. Narváez, Á., Ruano C., Ávila M., P., Latorre S., Delgadillo J., Manosalva G., Malaver S., Hernández E., Torres P., Bernal G., Tovar A., & Caicedo L. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. *Revista Colombiana de Ciencias Químico - Farmacéuticas*, 44(1), 107-127. <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v44n1.54288>
27. Organización Mundial de la Salud, (2020). Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
28. Organización Panamericana de la Salud, (2018). Cáncer cervicouterino. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
29. Pérez A. C., Aragón, M. C., & Torres, L. M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de la sociedad española del dolor*, 24(1), 1-3. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3566/2017>
30. Polanco a. l., (2018). Principales complicaciones en histerectomías abdominales y vaginales. México [tesis de especialista, Universidad Autónoma de nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/17433/1/TESIS%20DRA.%20ANA%20LUCIA%20POLANCO%20SOSA.pdf>
31. Sánchez, L. (2020). Cáncer de cérvix, sociedad española de oncología médica, España. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix>
32. Sociedad Americana del Cáncer, (2021). Guías de la sociedad americana contra el cáncer para la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.org/es/cancer/canAcer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/guias-de-deteccion-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
33. Solano A., Solano A., & Gamboa C. (2020). Actualización de prevención y detección de Cáncer de cérvix, Costa Rica. 5(3). <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395>
34. Szuba A, Jiménez F., Argote A.& Capitán J., M. (2019). Técnicas quirúrgicas para el control de la hemorragia. *Cir Andal.* 2019;30(1):135-40. Jaen https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n1_21.pdf
35. Universidad industrial de Santandander (2018). Protocolo para la toma de signos vitales. Colombia <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/Protocolos/TUD.06.pdf>
36. Vicente M.T., Delgado S., Bandrés F., Ramírez M. V., de la Torre I., & Capdevilla L. (2018). valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *revista de la sociedad española del dolor*, 25(4), 228-236. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

